



FORMULÁRIO Nº 09



COMUNICADO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ FARMACÊUTICO SUBSTITUTO

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

Este formulário não substitui a obrigatoriedade do protocolo de baixa de responsabilidade técnica/ farmacêutico substituto com apresentação dos documentos exigidos para tal.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros. Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como, ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Dados do **PROFISSIONAL**

Nome:		Nº CRF-PF	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	
E-mail:			

Dados do **ESTABELECIMENTO**

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

Pelo presente, venho informar o que abaixo discrimino:

- Comunicado de Baixa de Responsabilidade Técnica
- Comunicado de Baixa de Farmacêutico Substituto

Declaro para os devidos fins que não possuo vínculo com o estabelecimento acima desde ____/____/____.

O declarante se compromete a apresentar os documentos referentes à baixa perante o CRF-SP assim que finalizados.

Esta comunicação resguarda eticamente o profissional de eventuais questões técnicas que ocorram no estabelecimento após a data deste protocolo (nos termos da Resolução CFF nº 724/2022), mas não exclui e não desobriga o profissional da apresentação dos documentos necessários para que ocorra o efetivo trâmite da baixa no cadastro do CRF-SP.

O declarante se responsabiliza pelo conteúdo da declaração para todos os efeitos legais, especialmente ao disposto no título I, artigo 15, inciso XII, da Resolução CFF nº 724/2022 (Código de Ética).

	,	de		de	
Cidade		Dia		Mês	Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário